

درخواست نامه تکمیلی کوین غذایی برای کسری های پزشکی ویژه

دستورالعمل ها – این درخواست نامه برای کسری های پزشکی ویژه برای هر عضو خانوار کوین غذایی است که سالخورد و یا معلول باشد. برای اینکه منظورمان از "سالخورد و یا معلول" را بفهمید، به پشت این صفحه مراجعه کنید. همسران و یا کودکانی که وجود پرداختی از سازمان تأمین اجتماعی (SSA)، سازمان امور افسران بازنیت (VA) و غیره دریافت می کنند را منظور نکنید.

فقط برای استفاده شهرستان

CASE NAME

مشکل پزشکی و یا بیماری که نیاز به مراقبت دارد	نوع مزایای دریافت شده، VA, SSA (از قبیل راه آهن و غیره)	تاریخ تولد	اسم ①
		/ /	
		/ /	
		/ /	

هزینه های پزشکی ②

اطلاعات زیر را **فقط** برای افرادی که در بالا ذکر شده اند وارد کنید. همه هزینه هایی که انتظار دارید در طول مدت صدور گواهینامه متحمل شوید را ذکر کنید. تخمین خود را براساس هزینه های پزشکی جاری قرار دهید. صورتحساب ها و یا مدارک هزینه هایی که برای فرد (افراد) خانوار که در بالا ذکر شد را الصاق کنید.

آیا مبالغ مالی غیرخانوار برای پرداخت وجود مستول خواهد بود؟ (یعنی CAL, MEDI-CAL, بیمه و غیره)	کل هزینه ماهانه	کل هزینه پزشکی	اعضای خانوار که سرویس را دریافت می کنند	مورد هزینه پزشکی
<input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>				a. مراقبت پزشکی و یا دندانپزشکی که توسط یک پزشک مجاز ارائه شده است
<input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>				b. بستری شدن و یا مداوای سرپایی و مراقبت توسط یک پرستار
<input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>				c. داروهای تجویز شده
<input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>				d. حق بیمه های بهداشتی/درمانی و بستری شدن در بیمارستان.
<input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>				e. حق بیمه های بیمه درمانی: سهم مخارج و/یا هزینه مربوط به مازاد درآمد برای دریافت Medi-Cal.
<input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>				f. دندان مصنوعی، سمعک و اندام مصنوعی. لوازم و آلات پزشکی تجویز شده.
<input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>				g. هزینه حوان خدمتی (یعنی سگ چشم بینا و یا شنوا) که شامل هزینه غذا و صورتحساب های دامپزشک می شود.
<input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>				h. عینک و یا لنژچشم که توسط یک پزشک و یا چشم پزشک تجویز شده باشد.
<input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>				i. هزینه ترابری و اقامت برای دریافت مداوا و یا خدمات پزشکی.
<input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>				j. خرجی دادن به یک مراقبت کننده به خاطر سالخوردگی، بیماری و یا ضعف بدنی.
<input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>				k. تعداد و هزینه خوارک داده شده به یک مراقبت کننده.
<input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>				l. دیگر (متخصص شود)

اخطر مجازات

شما و یا هر فردی در خانوار که عمداً اطلاعات نادرست را ارائه می کند ممکن است با مجازات جرمی، زندان و یا هردو تحت پیگرد قانونی قرار گیرد. مجازات ها ممکن است موجب سلب صلاحیت از برنامه، جرمیه تا حداقل 250,000 \$ و یا رفتن به زندان برای حداقل 20 سال شود. مجازات سلب صلاحیت 12 ماه برای تخلف اول، 24 ماه برای تخلف دوم و سلب صلاحیت دائم برای تخلف سوم است.

اینجانب گواهی می کنم که سوالات در این فرم را درک می کنم. همچنین درک می کنم که (1) اطلاعات ارائه شده توسط کادر اداری محلی، ایالتی و فدرال کنترل و تأیید می شود. (2) خانوار، هر عضو بزرگسال (حتی اگر ترک کرده اند)، صاحن یک حضو بیگانه خانوار و یا ناینده مجاز ساکنین در یک سازمان واحد شرایط ممکن است لازم باشد مزایای اضافی که خانوار نیابتی دریافت می کرد را بازپرداخت کنند، حتی اگر بخشداری مقصراً باشد. و (3) مدرک مخارج خود و یا اسم فرد و یا سازمانی که بخشداری می تواند برای دریافت مدرک با آنها تماس بگیرد را ارائه خواهم کرد در صورتیکه نتوانم آنرا خودم بگیرم.

اینجانب تحت قوانین ایالات متحده آمریکا و ایالت کالیفرنیا اظهار می دارم اطلاعاتی که در این درخواست نامه آمده حقیقت داشته، صحیح بوده و کامل است.

امضا، (عضو بزرگسال خانوار و یا ناینده مجاز)

تاریخ	امضا، مأمور مصاحبه کننده	تاریخ	شاهد، اگر با یک X امضا کردید
تاریخ			

درخواست نامه برای کسری های پزشکی ویژه برای هر عضو خانوار کوین غذایی است که سالخورده و یا معلول باشد.

هنگامیکه می گوییم «سالخورده»، منظورمان سن 60 سال و یا مسن تر است.

هنگامیکه می گوییم «معلول»، منظورمان هر فردی است که یکی از موارد زیر را دریافت می کند:

(1) وجود پرداختی برای معلولیت از سازمان تأمین اجتماعی (SSA) (به غیر از درآمد امنیت تکمیلی/پرداخت تکمیلی ایالتی (SSI/SSP)) و یا سازمان افسران بازنیسته (VA)؛ و یا

(2) مزایای بازنیستگی معلولیت از سازمان دولتی فدرال، ایالتی و یا محلی و یا هیئت بازنیستگی راه آهن؛ و یا

(3) خدمات Medi-Cal به خاطر معلولیت؛ و یا

(4) امداد کلی کمکی/اضطراری موقت در حین انتظار برای دریافت SSI/SSP، چون معلولیتی توسط سازمان تأمین اجتماعی تصویب شده است.